

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue jeudi 21 juillet 1892, à 1 heure

Par PAUL MAIGRE

Né à Montoire (Loir-et-Cher)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ASTASIE - ABASIE

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
BALLET, BRUN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

277
77

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue jeudi 21 juillet 1892, à 1 heure

Par PAUL MAIGRE

Né à Montoire (Loir-et-Cher)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ASTASIE - ABASIE



Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
BALLET, BRUN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



HENRI JOUVE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLÉY	POIRIER, chef	RICARD
BRISSAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTÉTER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin de l'hôpital Andral
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ASTASIE - ABASIE

Parmi les nombreux malades atteints de manifestations diverses de la grande névrose réunis dans le service de M. le Dr Raymond il nous a été donné d'observer plusieurs cas de ce syndrome, l'astasie-abasie ; syndrome aux formes multiples, paralytique, choréiforme, trépidante, avec vertige, etc.

Sur les conseils de M. Raymond nous avons pris pour sujet de notre thèse inaugurale l'étude de quelques-uns de ces symptômes, l'exposition de quelques points intéressants, niés ou non observés par ceux qui nous ont précédé dans cette étude.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre gratitude au Dr Raymond pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée dans tout le cours de nos études médicales.

Depuis que, simple stagiaire, nous sommes entré en son service, à Saint-Antoine, à Lariboisière nous avons

toujours trouvé près de lui les mêmes bonnes et excellentes leçons, le même bienveillant accueil.

Aujourd'hui encore il a bien voulu nous guider dans le choix de notre thèse inaugurale, qu'il reçoive donc ici l'expression de notre profonde et sincère reconnaissance.

Nous remercions aussi bien sincèrement l'interne M. Nageotte et les élèves du service pour les conseils qu'ils ont bien voulu nous donner et la complaisance qu'ils ont mise à nous procurer soit des observations que nous n'avions pu prendre, soit tous renseignements dont nous avons besoin. M. le Dr Kœnig s'est mis tout entier à notre disposition pour l'examen oculaire de quelques-unes de nos malades, qu'il reçoive tous nos remerciements.

Nous voudrions aussi adresser un hommage à M. le Dr Quénu, car nous ne saurions être trop reconnaissant de cet enseignement si clair et si précis qu'il sait si bien donner, et dont nous nous sommes efforcé de profiter durant notre court passage d'une année en son service.

A M. le professeur Tarnier,

A tous nos maîtres dans les hôpitaux,

A M. le professeur Debove qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse,

Qu'il nous soit permis d'adresser ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous ne prétendons certes pas présenter une étude complète et détaillée de ce syndrome déjà fort bien décrit, l'astisie-abasie.

Nous prétendons encore moins donner une explication basée sur la physiologie et l'anatomie pathologique de tous ces phénomènes si multiples, de tous ces symptômes à formes si variées. L'anatomie pathologique, la physiologie de l'hystérie n'étant encore, comme l'a dit M. Gilles de la Tourette dans son *Traité de l'Hystérie*, qu'à peine ébauchées.

Après avoir défini ce que nous entendons par astisie-abasie, nous ferons un succinct historique. Puis sans entrer dans la description clinique détaillée de chacune des formes de ce syndrome nous exposerons cependant quelques classifications qui déjà ont été faites. Mais nous nous attacherons surtout à décrire cette variété d'astisie-abasie accompagnée de vertige, cette sorte de vertige de Ménière hystérique.

Puis nous parlerons du fait si intéressant signalé par M. Ed. Weill dans son article des *Archives de Neurologie*, 1892, à savoir l'arrêt du trouble moteur par la pression sur certaines régions.

Enfin après avoir rappelé l'étiologie de l'astisie-abasie nous émettrons quelques aperçus sur la pathogénie et la physiologie de ce syndrome.

Et après en avoir fait le diagnostic nous terminerons par quelques mots sur le pronostic et le traitement.

DEFINITION

Il semble que l'astasia-abasia doive se définir par son nom lui-même. Dans cet état morbide il y a impossibilité pour le malade de conserver la station verticale ou de se livrer à la marche normale. M. Paul Blocq le définit ainsi :

« Etat morbide dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des autres mouvements des membres inférieurs. »

En effet cette impossibilité de la station verticale ou de la marche normale, tandis que la sensibilité, la force musculaire et la coordination des autres mouvements du membre inférieur sont entièrement conservées, est bien signalée dans un grand nombre d'observations. Ce sont en quelque sorte les cas types.

A côté de ceux-là il y en a d'autres auxquels cette définition semble tout d'abord ne pas pouvoir s'appliquer.

On a signalé, et nous avons nous-même des observations de ce genre, des malades présentant de l'hémianesthésie ou bien, ayant, même couchés, de la parésie hystérique, soit par flaccidité, soit, et le plus souvent il en est ainsi, par contracture.

Ces malades n'en sont pas moins des astasiques-abasiques. En effet, ces troubles qu'ils présentent étant couchés sont absolument insuffisants pour expliquer ceux qui apparaissent dès qu'ils ont mis le pied par terre ou bien dès qu'ils veulent essayer de faire quelques pas. C'est ce que M. Blocq fait remarquer à propos de son observation X.

Il n'en range pas moins ce malade parmi les astasiques-abasiques; et il a parfaitement raison. Ce sont d'autres symptômes de l'hystérie qui viennent en quelque sorte se greffer sur le syndrome qui nous occupe.

Nous citerons des observations de malades, qui à un moment donné, présentent de l'hémianesthésie, de la parésie par contracture, les malades étaient astasiques abasiques avant l'apparition de ces phénomènes; ceux ci pourront disparaître et l'astasie-abasie persister. C'est un diagnostic à faire pour savoir si les troubles de sensibilité de la force, de la coordination des mouvements que l'on remarque dans les membres inférieurs du malade étant couché, sont capables d'expliquer ces troubles parfois si bizarres de la station verticale et de la marche. Ce ne sont en somme, que des manifestations diverses de l'hystérie; et le malade atteint toujours de cette névrose, mais nous n'insistons pas sur ce point, car nous touchons au chapitre de l'étiologie que nous développerons plus loin, peut en même temps que l'impossibilité de la station verticale, et de la marche normale, présenter les symptômes les plus divers, l'hystérie étant la maladie mimétique par excellence.

Nous acceptons donc la définition donnée par M. Paul

Blocq, mais en ayant soin de faire remarquer que l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des autres mouvements du membre inférieur n'est pas toujours aussi nette qu'il semble vouloir le dire.

HISTORIQUE

Dès 1864 M. Jaccoud (1) dans un livre intitulé « *Paraplégie et Ataxie du mouvement* », parle de troubles particuliers du mouvement qui peuvent se rapporter à l'astasia-abasie. Ces troubles, dit-il, n'ont été vus que chez des hystériques. Ils diffèrent de l'ataxie proprement dite en ce qu'il y a conservation du sens musculaire. Pas de signes du côté des yeux et adaptation régulière des mouvements au but voulu.

D'après cet auteur ces troubles paraissent tenir à l'exagération de l'excitabilité réflexe de la moelle bien plutôt qu'à la perturbation des irradiations spinales. « Ce qui le
« prouve c'est que les mouvements sont normaux lorsqu'ils sont exécutés dans la station couchée ou assise,
« ils ne deviennent ataxiques que dans la station debout,
« et pendant la marche on voit alors des contractions involontaires troubler l'équilibre ou interrompre l'harmonie
« de l'acte fonctionnel toutes les fois que la plante du pied
« pose sur le sol, c'est-à-dire lorsque les impressions centripètes résultant du contact mettent en jeu l'hyperkynésie morbide de la moelle. »

1. Jaccoud. *Paraplégie et ataxie du mouvement*, page 653.

Dans la thèse de Lebreton, Paris, 1868, consacrée à la paralysie hystérique, nous trouvons un passage dans lequel il est fait mention d'une malade ayant conservé l'intégrité de ses forces et de la coordination de ses mouvements étant couchée, tandis que ses jambes fléchissent dès qu'elle a fait un pas. L'astasia-abasia était donc connue bien que non mentionnée d'une façon spéciale.

En 1883, MM. Charcot et Richer publient sous ce titre : « *Sur une forme spéciale d'impuissance motrice des membres inférieurs, par défaut de coordination relative à la station et à la marche* », un travail où le syndrome est déjà parfaitement décrit. En 1884, M. Charcot fait une leçon à propos d'une malade de son service atteinte de cette forme spéciale d'impotence motrice des membres inférieurs, et l'une de ses leçons est recueillie dans : *Lezioni cliniche dell'anno scolastico, 1883-1884. Salle malattia del systemo nervoso, edatte del dottore Domenico Milliotti, 1885.*

Weir Mitchell (1), étudie ces mêmes phénomènes morbides sous le nom « *d'ataxie motrice hystérique* » Erlenmeyer (2), Henoch (3), Romei (4), décrivent des troubles analogues.

En 1888, M. Paul Blocq (5), sous l'inspiration de M. Char-

1. Weir Mitchell. *Lect. of diseases of the nervous system.* Philadelphia, 1885, p. 39.

2. Erlenmeyer. *Ueber statische reflex Krampse*, 1886. Leipsick.

3. Henoch. *Hystérie des enfants.*

4. Romei. *Paraplegia infantile nel solo atto della Ambulazione*, *Gazetta degli ospitali*, n. 76, p. 605.

5. P. Blocq. *Archives de neurologie*. 1888, t. XV.

col, fait paraître dans les *Archives de neurologie*, un travail dans lequel il fonde en quelque sorte l'autonomie de ce syndrome, il étudie le diagnostic différentiel, et après avoir proposé une théorie pathologique, il donne le nom d'Astasie-Abasie à ce syndrome.

Depuis c'est sous ce nom Astasie-Abasie que nous voyons relatées les nouvelles observations.

M. Charcot dans ses leçons du mardi à la Salpêtrière traite à plusieurs reprises des symptômes de l'astasie-abasie.

Souza-Leite publie deux faits d'astasie-abasie observés dans la ville de Salvador (1).

Paul Berbez consacre à ce syndrome une revue générale dans la *Gazette hebdomadaire* intitulée du syndrome « *astasie-abasie* » (2).

Les leçons de J. Grasset « sur un cas d'hystérie mâle avec astasie-abasie » parurent en 1889.

Berthet (3), Salemi Pace (4), Brunon (5), à la même époque étudient ce même syndrome.

M. Charcot dans sa seizième leçon, 1888-1889, revient sur l'*astasie-abasie* à propos d'un cas survenu à la suite d'une intoxication par la vapeur de charbon. Il propose une classification.

Dans plusieurs autres leçons, il a encore l'occasion

1. *Progrès médical*, XVI, 1889.

2. *Gazette hebdomadaire*, 30 novembre 1888.

3. Berthet, *Sur un cas d'astasie-abasie*. *Lyon médical*, 1889.

4. Salemi Pace. *Amnesia partiale*. *Gazet. seculo anno*, IX, p. 132.

5. Brunon. *Poitou médical*, 1889.

d'exposer diverses considérations sur ce syndrome. Il cite un cas où il pourrait bien avoir une origine organique.

Helper, dans le *Bulletin de la Société médicale de Leipsig*, a eu l'occasion de relater un cas étant survenu après une épidémie d'influenza.

Ladame (1) cite un cas où l'astisie-abasie se montrait sous forme d'accès intermittents.

Binswanger (2) après avoir cité trois observations de malades neurasthéniques et hypocondriaques offrant des troubles de la marche et de la station debout, assez analogues à ceux que l'on a décrits sous le nom d'astisie-abasie, passe en revue les faits cités par Blocq, et fait remarquer que très peu d'entre eux répondent réellement à la définition donnée de cet état morbide. Enfin il conclut qu'il n'y avait pas lieu d'élever ce syndrome au rang des entités morbides. Il en fait un trouble analogue à l'agoraphobie.

Möbius, dans un traité intitulé : *Über Astasie-Abasie*, 1889, combat cette dernière idée.

Il nous faut encore citer le mémoire de Thyssen qu'il présenta au congrès de Berlin, 1890.

Une observation d'astisie contenue dans le *Traité de l'épilepsie* de Feré (3).

D'autres observations présentées au congrès de Berlin, de Sollier et de Ségla.

Dans la *Médecine moderne* du 8 janvier 1891 nous trouvons de J. Ségla un article sur l'astisie-abasie émotive.

1. Ladame. *Archives de neurologie*, XIX, p. 40, 1890.

2. *Berlin Klin. Woch.*, p. 473, n. 20 et 21.

3. *Les épilepsies et les épileptiques*. Paris, 1890.

M. le professeur Pîtres a consacré plusieurs leçons à ce syndrome (1).

M. Brissaud dans les *Archives générales de médecine* d'octobre 1890, a publié un mémoire sur le spasme saltatoire, dans ses rapports avec l'hystérie.

Thyssen, *Archives de neurologie*, janvier 1891, Hammond, *Médical record New York*, 28 février 1891. Bonamaison, *Archives de neurologie*, juillet 1891, ont encore cité des cas d'astasia-abasie.

Une thèse de M. Georges Cahen passée en 1890 rappelle une grande partie des travaux déjà faits, et l'auteur se rallie entièrement aux idées de M. Paul Blocq.

Enfin, l'article de M. Ed. Weill paru dans les *Archives de neurologie*, Paris, 1892, p. 88 à 92, sur lequel nous reviendrons dans le cours de ce travail, mentionne à propos d'un cas d'astasia-abasie à type choréique l'arrêt instantané de l'astasia-abasie par la pression de certaines régions.

Ce sont là les principaux travaux publiés sur ce syndrome que nous ayons trouvé épars dans la littérature médicale.

En lisant ces diverses observations et les considérations dont les font suivre les auteurs on voit qu'on peut ramener à un certain nombre de types ces diverses variétés.

Ainsi M. Charcot les a résumées dans ce tableau synoptique.

A. A.	{	paralytique ou parétique.
		choréiforme.
		trépidante.

1. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 21 septembre 1890.

A cette dernière forme de trépidante on peut ajouter la forme saltatoire décrite par M. Brissaud. Quant à l'astasia-abasie par accès de Ladame on peut la faire rentrer dans l'une ou l'autre de ces divisions suivant les caractères que présente l'accès. L'intermittence ne doit pas à notre avis être prise comme signe différentiel.

En effet tout phénomène hystérique peut paraître ou disparaître quelquefois de la façon la plus brusque et la plus inattendue. A ce compte toutes les formes de l'astasia-abasie, comme tout symptôme de l'hystérie, peuvent être par accès.

Nous ne voyons pas en quelle partie de ce tableau nous pourrions faire entrer la variété d'astasia-abasie (A. A. avec vertige) que nous décrirons plus loin. Ce sont des symptômes particuliers que notre malade a éprouvés. C'est un vertige hystérique accompagnant ou produisant les troubles de l'astasia-abasie.

Nous ferons remarquer en passant que le cas d'astasia-abasie par accès tel qu'il est rapporté par Ladame pourrait se rapprocher de celui dont nous parlerons plus loin, plus que de toute autre forme.

Nous ne décrirons pas d'une façon détaillée chacune de ces variétés cliniques, et nous ne citerons pas en entier toutes les observations qui s'y rapportent. Mais nous rappellerons en quelques mots leurs principaux caractères et nous renverrons à l'auteur qui le premier a su découvrir et décrire cette variété nouvelle.

Mais avant nous donnerons nos quatre observations prises dans le service du Dr Raymond.

Dans la première c'est une forme d'astasia-abasie déjà

souvent décrite. La malade est prise de trépidation et de mouvements alternatifs de flexion et d'extension des membres. Mais nous ferons remarquer que ces tremblements sont dans ce cas généralisés aux membres supérieurs et aussi à la mâchoire. C'est un fait rarement rapporté. De plus si la malade titubé, elle dit bien nettement qu'elle n'a aucun vertige. Elle n'attribue son manque d'équilibre qu'à la faiblesse de ses membres inférieurs.

Nous ne nous appesantirons pas sur les autres détails de cette observation, cette forme d'astisie-abasie étant bien connue et ayant été déjà souvent décrite.

Notre observation II nous présente une malade atteinte d'astisie-abasie avec flaccidité, le syndrome se compliquant de crises hystériques, de contracture, etc.

Nous ne mentionnons ce cas que pour rappeler que souvent des complications viennent masquer en quelque sorte l'ensemble symptomatique du syndrome.

Dans les observations III et IV il est fait mention de vertiges et de l'arrêt du trouble moteur par la pression exercée sur certaines régions ; nous les rapportons aussi en entier et de plus nous y reviendrons encore dans le cours de ce travail.

OBSERVATION I inédite.

La nommée Font..., Ast..., âgée de 21 ans. Entrée le 1^{er} février 1892, salle Trousseau, lit n° 9. Lariboisière.

Antécédents héréditaires. — Père nerveux, mort d'un néoplasme abdominal.

Mère de faible constitution, dyspeptique ; a des pertes de connaissance survenant toujours après les repas.

Un frère rhumatisant, a eu de l'œdème généralisé qui a duré 2 ans et qui serait survenu, au dire de la malade, à la suite de bains qu'il prenait fréquemment dans une rivière à l'insu de ses parents. Il est pris de temps à autre de dyspnée, avec bouffissure de la face, accès qui se prolongent 2 à 3 jours.

Un autre frère bien portant a un caractère très irascible. Une sœur bien portante qui pleure facilement, n'a pas de crises nerveuses et ne présente rien autre de particulier.

Antécédents personnels. — Dans son enfance la malade a toujours été chétive.

Elle a eu la variole à 1 an.

Puis elle est restée faible, sujette à des maux de tête. Elle a aussi des troubles dyspeptiques. Il lui arrivait souvent de vomir après les repas.

A l'âge de 10 à 11 ans elle aurait eu une pleurésie ? Réglée à 16 ans et demi. Les règles très douloureuses duraient 8 jours. Elles ont toujours été fort irrégulières, survenant à des intervalles de 2, 3, 4 et même une fois 8 mois. En ce moment (1^{er} fév. 1892) elle n'a pas été réglée depuis le mois d'octobre.

Depuis l'âge de 16 ans la malade n'a pas fait de maladie sérieuse. Mais elle est toujours restée chétive, digérant mal, sujette à des accès de toux qui surviennent quatre ou cinq fois dans la journée, également la nuit ou le jour, se prolongent jusqu'à vingt et trente minutes et ne sont jamais suivis d'expectoration. La malade ne crache pas du tout.

Depuis 1 an la malade a des digestions meilleures. Elle ne vomit que rarement.

Depuis trois mois elle s'aperçoit que ses forces diminuent. La fatigue l'obligeait souvent à s'arrêter lorsqu'elle était en marche, ou interrompre son travail lorsqu'elle faisait son ménage. Au

mois de décembre la malade a assisté à une crise d'hystérie, qui, dit-elle, l'a beaucoup impressionnée. Quelques jours après, elle a été prise elle-même pour la première fois d'une crise nerveuse avec perte de connaissance, en tout semblable à celles qu'on a observées chez elle depuis son entrée à l'hôpital, et que nous décrivons dans un instant.

Vers le 10 janvier la malade a été prise de céphalalgie assez intense qui a duré 10 jours, avec anorexie presque complète.

Elle ne pouvait prendre que du lait.

La faiblesse a augmenté à tel point qu'elle ne pouvait plus marcher sans être soutenue et pendant huit jours, dit-elle, elle aurait été incapable de tenir un verre plein à la main plus d'une minute. Cette faiblesse des membres supérieurs avait déjà disparu en partie lorsque la malade est entrée à l'hôpital le 1^{er} février. Elle n'a pu venir à pied de la gare du Nord à Lariboisière, qu'avec l'appui de deux personnes.

État actuel. — A son entrée la malade a l'aspect d'une personne profondément anémique. Elle a le teint pâle, les conjonctives décolorées. Elle n'a pas d'appétit et ne peut prendre que du lait et du potage.

Elle se plaint d'abord, de douleurs, de faiblesse dans les jambes, dans la région lombaire. On croit qu'elle est à la dernière période d'une grippe.

Trois ou quatre jours après, la surveillante fait observer que plusieurs fois en allant au lavabo la malade qui ne marche que difficilement en s'appuyant aux lits, s'est laissé tomber. La chute était suivie d'une crise nerveuse avec perte de connaissance.

A l'examen de la malade, on ne constate aucun trouble du côté des appareils de la respiration et de la circulation, mais des troubles de la sensibilité, de la réflexivité et de la marche.

SENSIBILITÉ.

Peau.

A la douleur, hémianesthésie gauche non absolue.

A la chaleur, normale.

Au froid, normale.

Au tact simple, normale.

Sens musculaire normal.

On ne trouve pas de points hystérogènes.

Muqueuses.

Buccale, normale.

Conjonctive, abolie à droite.

Organe des sens.

Gout. — Retardé, la malade ne perçoit qu'après quelques instants la saveur du sulfate de quinine.

Odorat. — Normal.

Ouïe. — Normale ou légèrement diminuée à droite.

Vue. — Rétrécissement du champ visuel à 60° des deux yeux.

Les pupilles réagissent normalement à la lumière et à la distance. Pas de diminution de l'acuité visuelle. Pas de dyschromatopsie.

Cet examen a été fait par M. le Dr Kœnig.

Réflexes. — Réflexe rotulien exagéré des deux côtés surtout à gauche.

Réflexe plantaire, exagéré à gauche.

Triceps brachial, exagéré à gauche.

Poignet, exagéré à gauche.

Masséter, exagéré à gauche.

Pas de trépidation épileptoïde.

Au lit, la malade n'est agitée d'aucun tremblement. Si on examine alors l'état de sa force musculaire on a les résultats suivants :

Membre supérieur.— Si on essaye de fléchir l'avant-bras sur le bras on éprouve une résistance, normale à droite, un peu diminuée à gauche.

Dynamomètre, 18 à droite, 15 à gauche.

Membre inférieur. — Lorsqu'on veut fléchir le pied sur la jambe et qu'on ordonne à la malade de s'y opposer, elle oppose une résistance beaucoup plus grande à droite qu'à gauche.

On a le même résultat pour la flexion de la jambe sur la cuisse avec une différence cependant moins accentuée.

Station debout. — La malade ne peut se tenir debout sans appui.

Elle est prise immédiatement d'un tremblement généralisé à tout le corps, tremblement à oscillations assez rapides. Le tremblement de la face est caractérisé par une succession rapide de mouvements alternatifs d'abduction et d'adduction de la mâchoire inférieure.

Les avant-bras sont agités de mouvements successifs de pronation et de supination.

Les membres inférieurs sont agités de mouvements successifs de flexion et d'extension du pied sur la jambe et de la jambe sur la cuisse.

Si la malade prolonge la station debout les jambes fléchissent, la jambe gauche cédant la première.

Si on retire à la malade son point d'appui, elle oscille immé-

diatement dans tous les sens, comme si elle avait perdu la notion de l'équilibre.

Elle n'attribue pas ce manque d'équilibre à un vertige, mais simplement à ce que ses jambes fléchissent.

Le tremblement persiste encore 3 à 4 minutes après qu'elle est couchée.

Marche. — La malade ne peut marcher que soutenue et à petit pas. Si on ne la soutenait elle s'affaisserait.

Il ne semble pas y avoir d'incoordination motrice. La malade ne déplace pas les pieds d'une façon irrégulière ni exagérée pour l'effet à produire.

Elle fait des pas petits mais réguliers.

Toutefois elle soulève le pied gauche moins haut que le pied droit et ne le détache presque pas du sol.

En somme, le trouble de la marche paraît surtout caractérisé par le fait que les jambes fléchissent sur la cuisse, la jambe gauche cédant la première.

La malade ne paraît pas capable de marcher plus facilement en modifiant sa marche habituelle d'une façon quelconque.

Elle est très vite fatiguée.

Lorsqu'elle a fait quelques pas elle s'affaisse.

Le tremblement qui apparaissait dans la simple station debout est encore plus accentué par la marche.

La malade semble sautiller sur ses pieds. Les dents claquent.

Recouchée après cet exercice, elle continue à trembler énergiquement pendant quatre à cinq minutes, puis ses muscles se contracturent et une crise nerveuse commence.

C'est ce qui s'est produit deux fois devant les élèves après un essai de marche.

Crise. — Les muscles des membres et de la nuque se contracturent.

La malade raidit les bras, les étend, serre fortement les mains,

exécute avec les mains des mouvements de circumduction autour du poignet ; porte la main à son cou comme pour enlever quelque chose qui l'étouffe ; puis prenant un point d'appui sur ses mains crispées et sur la nuque d'un côté, de l'autre sur les pieds elle soulève le bassin en arc de cercle et exécute des mouvements de flexion, d'extension, de latéralité.

Ces mouvements sont accompagnés de soupirs. Les paupières sont closes, si on les soulève on voit que la pupille est fortement portée en haut sous la paupière supérieure.

La crise dure 4 à 5 minutes et se termine habituellement par des pleurs.

La malade revenue à elle n'a pas conscience de ce qui s'est passé.

Elle a eu depuis son entrée à l'hôpital 6 à 8 crises semblables.

Elle n'en avait eu qu'une avant son entrée.

Par contre ses accès de toux surviennent moins fréquemment.

Elle est mariée et n'a pas eu d'enfant.

OBSERVATION II. Inédite.

La nommée L... Jeanne, âgée de 17 ans, entrée le 11 mars 1892, salle Trousseau, lit n° 1. Lariboisière.

Antécédents héréditaires. — Père très violent, a eu des attaques de nature indéterminée avec perte de connaissance sans agitation, suivies chaque fois d'hémiplégie gauche incomplète.

Mère nerveuse, a eu pendant 5 ans des crises de nerfs, avec perte de connaissance, agitation, comparables à celles dont la malade souffre en ce moment.

Une sœur, 18 ans, très nerveuse, sans crises.

Un frère, 23 ans, rhumatisant depuis l'âge de 15 ans, est atteint

d'une maladie de cœur. Il tousse et crache, il a eu plusieurs hémoptysies. Cachectique. Très intelligent.

Un second frère, 15 ans, bien portant. Bon caractère, très timide. Peu intelligent.

Antécédents personnels. — Bien portante dans son enfance, la malade a eu la rougeole à 9 ans 1/2, une fluxion de poitrine (?) à 11 ans. En pension où elle est entrée à l'âge de 10 ans, elle se fâchait en toute occasion en jouant avec ses camarades. Elle était réputée parmi celles-ci pour son mauvais caractère. Elle le reconnaissait elle-même, et elle en était arrivée, dit-elle, à s'isoler et à ne pas prendre part aux jeux pour n'avoir pas occasion de disputer.

Réglée à 14 ans, elle voit depuis lors n'apparaître qu'irrégulièrement ses règles tous les deux ou trois mois. Son caractère devient encore plus bizarre.

A 13 ans, elle devient apprentie modiste. Elle apprend rapidement son métier, devient bonne ouvrière mais ne s'y plaît pas, le trouve trop monotone, et l'abandonne pour aller près de sa grand'mère où elle remplit les fonctions de femme de chambre. Elle se fatigue beaucoup à ce métier pendant trois mois. Elle a alors quinze ans et demi. A cette époque dans un voyage à Lyon elle se trouve dans un omnibus en face d'un homme ivre qui se met à gesticuler avec un couteau. Elle a une grande frayeur, veut descendre de la voiture et tombe sans connaissance. Elle reste ainsi pendant deux jours, incapable de parler et de donner son adresse. On lui raconte que les quatorze premières heures de sa crise ont été entrecoupées de périodes d'agitation extrême, avec cris. Elle reste après une crise incapable de marcher, passe ainsi un mois pendant lequel elle a régulièrement tous les jours 2 ou 3 crises avec perte de connaissance et de l'agitation, c'est alors qu'elle quitte Lyon et retourne à Vichy, et là elle entre dans une période de sommeil qui dure un mois et demi. Elle se réveille pendant 2 à 3 heures

tous les 4, 5, 6, 8 jours. On la nourrit avec la sonde œsophagienne.

Après cette période de sommeil la malade est reprise de crises habituelles d'agitation jusqu'au 26 juin 1891 où elle entre à Lariboisière, salle Trousseau toujours incapable de marcher. Elle subit un traitement et sort de l'hôpital vers le 15 septembre très améliorée.

Elle n'a plus de crises qu'à l'occasion d'une contrariété. Elle peut marcher quoique avec difficulté. Elle reste ainsi améliorée pendant deux mois chez ses parents n'ayant que quelques crises assez rares. Puis peu à peu la difficulté de la marche augmente jusqu'à impossibilité complète.

Dans les premiers jours de février survient une nouvelle crise de sommeil qui dure 8 jours. Nourriture par lavements de thé, café, bouillon, etc. Réveil de 3 jours. Nouveau sommeil de 6 jours 1/2. Elle dit n'avoir jamais eu conscience de ce qui s'est passé ; cependant il paraît qu'elle pleurait lorsqu'on disait quelque chose qui lui faisait de la peine.

Deux jours après elle rentre à l'hôpital le 11 mars 1892.

Etat actuel. — La malade a tous les jours 2 à 3 crises avec agitation extrême. Elle tombe du lit. Elle gesticule d'une façon désordonnée. Assez souvent ces crises sont précédées d'une période de sommeil, etc'est à la suite qu'elle entre dans sa période d'agitation.

Couchée la malade exécute sans difficulté tous les mouvements avec le *membre supérieur*. La force musculaire est conservée. On a au dynamomètre : à droite 17 k. à gauche 18 k.

Elle résiste énergiquement à l'extension forcée de l'avant-bras fléchi sur le bras.

Membre inférieur.

Au membre inférieur la force musculaire est intacte. La malade oppose une grande résistance à la flexion forcée des articulations

du genou et du cou-de-pied. Cependant elle ne déplace qu'avec tâtonnement ses jambes sur le plan du lit. Il semble dès ce moment y avoir eu une légère contracture des membres inférieurs.

De même si on lui commande de soulever la jambe au-dessus du plan du lit elle n'atteint le but qu'après beaucoup d'hésitation et de difficulté.

Station debout. — Marche. — La malade est absolument incapable de se tenir debout, et à plus forte raison de marcher. On ne réussit pas mieux en essayant de la faire marcher sur les genoux et les mains. Les bras s'effondrent comme les jambes et elle roule comme une masse d'un côté à l'autre.

Sensibilité.

Sensibilité à la douleur abolie sauf en avant en une région comprise sur la moitié gauche du corps limitée par une ligne partant du sternum à la hauteur des troisièmes côtes, descendant le long de la ligne blanche jusqu'au pubis, passant sur l'extrémité supérieure de la cuisse en embrassant la base du triangle de Scarpa et suivant le côté du corps jusqu'au milieu du mamelon gauche coupé par cette ligne qui va rejoindre son point de départ : et aussi en arrière 3 autres zones où la sensibilité est conservée à la partie postéro-supérieure et interne de la cuisse gauche ; sur les deux flancs et deux points situés sur l'angle inférieur de deux omoplates.

Contact. — Abolie sauf au point sous-mammaire gauche.

Froid. — Abolie.

Chaleur. — Abolie ou très retardée. Conservée aux poignets face antérieure et à la face interne de la jambe gauche.

Organes des sens.

Vue. — La malade voit souvent double ?

Ouïe. — Très diminuée à droite et à gauche.

Goutt. — Aboli.

Odorat. — Aboli.

Réflexe.

Rotuliens, exagérés.

Plantaires, normaux.

Coude, normal.

Masséter, normal.

Poignet, exagéré à gauche.

Points hystérogénés.

Ovariens, droite et gauche.

Sous-mammaire gauche.

Point occipital.

Rachialgie cervicale.

Vers le milieu d'avril, la malade a été prise de contracture hystérique aux membres inférieurs, depuis elle est incapable de tout espèce de mouvement.

OBSERVATION III. Inédite

La nommée Ost.... Victorine, âgée de 14 ans, entrée le 26 mars 1892, salle Trousseau, lit n° 7 ou 9. Lariboisière.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 45 ans, paraplégique.

Mère a souvent de grands maux de tête. Vue faible, mais bien portante.

Deux frères bien portants à caractère violent.

Une sœur chétive aurait eu du rhumatisme à l'âge de 7 ans.

Antécédents personnels. — Bien portante dans son enfance.

La malade aurait eu depuis 3 ou 4 ans le ventre douloureux avec

constipation. Elle n'est pas encore réglée. Depuis 2 ans elle a ressenti par intervalles de la faiblesse dans les membres inférieurs, survenant par périodes variables. Tous les 15 jours, tous les mois, d'une durée variable aussi.

Depuis 7 ou 8 mois les périodes de faiblesse sont devenues plus accusées. La malade a commencé à s'apercevoir pendant leur durée de troubles marqués de la marche et de la station debout. Pendant la dernière période de faiblesse survenue le 17 mars, ces troubles se sont aggravés à tel point que le 24 mars la marche est devenue impossible. Le 26 elle entre à l'hôpital.

Etat actuel. — A son entrée la malade a l'aspect d'une personne bien constituée. On ne constate rien d'anormal du côté des organes de la respiration, de la circulation et de la digestion, et l'examen direct au lit de la malade ne révèle pas autre chose qu'un peu d'exagération des reflexes rotuliens et une légère diminution de la sensibilité à gauche. Après un premier examen, fait par M. l'Interne du Service, la malade a été prise de tremblement avec claquement des dents et pleurs. Ce qui frappe en l'interrogeant c'est qu'elle paraît timide, presque effrayée, peu intelligente. Il est difficile d'obtenir d'elle des renseignements précis. A chaque question elle répond invariablement oui. Elle raconte cependant qu'elle a toujours été très timorée. A l'orphelinat où elle est restée de 10 à 13 ans, ses camarades s'amusaient à lui causer des frayeurs. Elle a toujours peur. Il lui arrive souvent la nuit de crier, croyant voir des hommes armés de couteaux, etc. Même pendant le jour dans la rue souvent elle se retourne croyant être poursuivie. Elle a peur quand elle voit des aiguilles craignant toujours de les avaler.

Couchée.

Membre supérieur. — Si l'on commande à la malade d'exécuter avec le membre supérieur divers mouvements, tels que porter

un verre à la bouche, on constate qu'elle les accomplit très correctement sans aucune hésitation, sans tremblement. La force musculaire est conservée, elle donne au dynamomètre à droite 15, à gauche 13.

Membre inférieur. — Aux membres inférieurs au contraire on constate un léger degré de parésie motrice. La malade en effet résiste assez faiblement à la flexion forcée des membres, soit au niveau du genou, soit au niveau du cou de pied. Un peu moins à gauche qu'à droite.

Si l'on commande à la malade de déplacer sa jambe latéralement à droite ou à gauche sur le plan du lit on constate des troubles très nets de la motilité. Le membre tout entier est agité de tremblement, d'oscillations désordonnées. Il ne se déplace que par étapes successives de 4 ou 5 centimètres sans quitter le plan du lit revenant en arrière de un ou plusieurs centimètres à chaque repos. De même si l'on commande à la malade d'élever la jambe au-dessus du plan du lit, elle n'atteint le but désigné qu'avec la plus grande difficulté après une série d'oscillations.

Debout.

Lorsque la malade est debout le corps entier tremble et sautille. Il est facile de constater que le trouble moteur est entièrement localisé aux membres inférieurs. Le tremblement du tronc, des bras, de la tête n'est que propagé. Il se produit au niveau des articulations de la hanche, du genou, du cou de pied, une succession de mouvements alternatifs de flexion et d'extension.

Il semble que les muscles extenseurs et fléchisseurs ne s'entendent plus pour coordonner leur action. Le sautillement ne paraît pas dû à une parésie des membres inférieurs, puisque la malade peut rester debout pendant un temps assez long sans se fatiguer à la condition d'avoir un léger appui (simplement pour ne pas perdre l'équilibre).

Marche.

La malade ne peut marcher sans être soutenue. Le tremblement déjà signalé dans la station debout s'accroît beaucoup. Il semble parfois que la malade s'effondre.

Elle fait des pas inégaux, irréguliers. Si pendant qu'elle marche on vient à presser fortement avec les deux mains sur ses épaules en appuyant simplement, sans chercher ni à lui donner un point d'appui pour l'empêcher de perdre l'équilibre ni à la soutenir, de manière à exagérer seulement l'effort des membres inférieurs, le trouble moteur cesse aussitôt presque complètement. La malade ne sautille plus et marche à peu près bien.

Le trouble moteur ne se manifeste pas non plus si on la fait marcher sur les genoux et les mains.

Si la malade essaie de marcher en faisant glisser devant elle une chaise qui lui sert d'appui, elle ne perd pas l'équilibre. Elle ne tombe pas, mais le tremblement persiste.

Sensibilité. — Les divers modes de sensibilité, douleur, contact, chaleur, froid ne sont pas abolis.

Il semble cependant y avoir un léger degré de diminution de sensibilité à la douleur sur tout le côté gauche. Mais il est difficile d'en être certain à cause du peu de précision des réponses de la malade.

Sens musculaire. — Normal.

Vue. — Blépharospasme. — Tous les signes de l'hystérie sauf pas de dyschromatopsie. Rétrécissement du champ visuel à 40°. Examen fait par M. le Dr Kœnig.

Ouïe. — Normale.

Goût. — Normal.

Olorat. — Normal.

Réflexes.

R. Rotulien exagéré à droite et à gauche, surtout à gauche.

R. Coude, normal.

R. Poignet, légèrement exagéré à gauche.

R. Masseter, normal.

Points hystérogènes :

Points ovariens.

Sous-mammaire droit (peu marqué).

Pas de rachialgie.

Traitement. — Douches et Bromure, L'A. A. va en s'améliorant et lorsque la malade sort de l'hôpital, la marche est redevenue normale.

OBSERVATION IV. Inédite.

La nommée Deg..., Marie, âgée de 42 ans, entrée le 4 avril 1892, salle Trousseau, lit n° 19. Lariboisière.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements sur le grand-père ou la grand-mère.

Le père de la malade jouissait d'une bonne santé, il exerçait la profession de maréchal-ferrant, violent de caractère il se livrait souvent à des excès de boissons. Il rendait son épouse malheureuse par les mauvais traitements qu'il lui infligeait et avait peu d'affection pour ses enfants. Il est mort à l'âge de 74 ans. La malade ignore la cause de sa mort.

La mère était couturière. Toujours souffrante, elle se plaignait souvent de malaises d'estomac, le ventre et principalement les reins lui étaient sensibles. Dans les dernières années atteinte

d'asthme elle est morte à 66 ans après avoir gardé le lit pendant deux mois environ.

Deux frères, l'un a 40 ans, l'autre 28 ans, bien portants tous deux, n'ayant jamais été malades. Ils ont continué la profession de leur père.

Histoire de la malade. — Jusqu'à l'âge de 18 ans la santé s'est maintenue relativement bonne ; à l'âge de 10 ans la malade a eu une coqueluche qui a duré très longtemps, de 4 à 5 mois environ, cependant elle se sentait faible, les digestions étaient pénibles, son estomac capricieux. Peu d'appétit, bourdonnements d'oreilles assez fréquents. La constipation était opiniâtre et ne cédaît qu'aux purgations (50 à 60 gr. de sulf. de magnésie).

Vers l'âge de 15 ans le médecin l'a soignée pour l'anémie qui a cédé au traitement, après 4 ou 5 mois. A cette époque la malade a gardé le lit pendant environ deux mois.

Malgré cet état de faiblesse, elle était très gaie, riait aux éclats pour des futilités et pleurait rarement. Elle était très sensible aux reproches. Elle dormait peu, 3 à 4 h. par nuit, et se réveillait très souvent. Le matin en se levant elle se sentait fatiguée. Le sommeil était agité par des rêves légers. A cette époque elle travaillait avec sa mère qui était couturière.

Réglée à 18 ans. Règles peu abondantes et peu colorées ; très irrégulières, tous les 3 à 4 mois.

A 22 ans, chorée qui a duré 1 an environ. Le médecin ayant ordonné des bains sulfureux, elle ne put les prendre se trouvant mal à chaque fois. Cette chorée se serait déclarée à la suite des soins qu'elle aurait donnés à une folle furieuse. C'est l'explication donnée par son médecin.

Elle avait 22 ans lorsqu'elle vint à Paris, où sa chorée se passa au bout de quelques mois.

Elle est entrée comme domestique dans une maison bourgeoise où elle est restée trois années consécutives, puis dans une

autre pendant quatre ans, et dans une troisième pendant neuf ans.

Pendant tout ce temps, elle se sentait faible, se fatiguait facilement. Cependant elle s'acquittait bien de toutes ses fonctions. Elle se plaignait souvent de vertiges. Dans ces dernières années, il lui arrivait de tomber et de perdre connaissance. Amblyopie passagère, bourdonnements d'oreilles et hyperexcitabilité de l'ouïe tellement prononcée que le moindre bruit la révolutionnait:

Appétit presque nul, jamais la malade ne se sentait le besoin de manger, ce qui lui attirait de la part de sa maîtresse de nombreuses réprimandes. Constipation opiniâtre. Elle restait 15 jours, 3 semaines sans aller à la selle.

Peu de sommeil, même après des fatigues. Rêves, cauchemars, chevaux, lumières, fantômes, eau, précipices dans lesquels elle se voyait tombant, et réveils en sursaut.

Fourmillements dans les bras.

Crampes dans les mollets qui l'obligeaient quelquefois à se lever la nuit.

Pas de vomissements le matin, pas de troubles dyspeptiques, pas de pyrosis.

S'enrhume facilement, tous les hivers elle a une extinction de voix qui dure 15 jours à 3 semaines environ.

Dans ces derniers temps, son état de faiblesse et d'excitabilité s'accroissait, et il lui arrivait de tituber comme si elle était ivre.

Le 4 avril 1892. — Elle a été renversée par un cheval de fiacre. La tête a été projetée sur le sol, et la malade a perdu connaissance, elle n'est revenue à elle que dans la pharmacie où elle avait été transportée, hémorrhagie abondante par l'oreille droite.

Admise à l'hôpital, salle Gosselin, on constate des troubles de

la marche, on la fit passer salle Trousseau. Présentée à la consultation de M. Gougenheim, voici ce qui a été trouvé : « Vertige. Pas de bourdonnements d'oreilles. Otite traumatique. Fracture de la partie postéro-inférieure du conduit auditif. Parésie faciale droite. Amélioration de l'audition après ablation des caillots et des esquilles.

Le caractère de la malade semble assez gai.

État physique. — Teint anémié. Aspect somnolent.

Pas d'appétit, quelquefois digestions pénibles. Etouffements.

Douleurs épigastriques quotidiennes s'accroissant le matin et le soir.

Cette région est sensible à la pression.

Constipation opiniâtre.

Urines normales.

Système nerveux. Légère parésie faciale droite. Langue déviée du côté paralysé.

Sensibilité à la température moins prononcée à droite qu'à gauche dans les membres.

Tact et piqûres, pas de différence pour chaque côté.

Réflexes. — Rotulien et plantaire normaux. Pharyngien, un peu exagéré.

Oeil. — Un peu d'hypéresthésie rétinienne, lorsque la lumière devient trop éclatante, la malade ne voit pas nettement un objet exposé en plein soleil.

Goût. — Il arrive parfois à la malade de ne pas sentir le goût des aliments, cet état persiste quelques jours, puis disparaît.

Sensibilité à la température est conservée.

Motilité. — Légère parésie des membres supérieurs et inférieurs droits. La main droite est moins forte que la main gauche. Il en est de même pour le membre inférieur.

Ni atrophie ni hypertrophie. Pas de trépidation spinale.

Réactions électriques normales des deux côtés.

Si on fait marcher la malade, elle titube comme un homme ivre et ne peut aller loin sans être soutenue.

Si alors on presse sur ses épaules, fortement, mais sans chercher à la retenir, soit en avant ou en arrière, soit de côté, de manière seulement à exagérer l'effort du membre inférieur, la malade marche plus régulièrement et ne se trouve plus menacée d'une chute, sans que le trouble moteur disparaisse complètement.

L'interne du service essaie l'hypnotisme. La malade endormie il lui suggestionne de marcher comme tout le monde.

A son réveil on la fait lever. Elle marche plus régulièrement qu'avant. Le vertige a disparu, elle a plus d'assurance. Cette amélioration sensible dès cet instant, était encore plus grande le soir même et le lendemain la marche était normale.

On provoqua à nouveau le sommeil hypnotique, la parésie faciale diminua, mais ne disparut pas complètement. Il y avait là sans doute deux facteurs, l'hystérie d'une part et la lésion traumatique d'autre part. Il y eut cependant amélioration sensible, si bien que la malade qui mangeait et parlait avec difficulté, ne se sentait presque plus gênée.

Dix jours après cette première séance d'hypnotisme, la malade rétablie au point de vue de la marche, l'interne lui suggestionne de marcher comme au moment de son entrée à l'hôpital.

A son réveil elle titube et chancelle sur ses jambes, mais cependant d'une façon moins accentuée qu'au début.

Après une nouvelle suggestion la marche devient régulière.

Le 15 mai. — L'interne lui suggère une paralysie de la main droite. La malade qui se servait auparavant très bien de cette main sent à son réveil une parésie assez prononcée de ce côté, et ne peut plus serrer les objets aussi fortement que de l'autre.

Le lendemain dernière suggestion qui la débarrasse de cette parésie de la main droite.

Le 17 mai.— La malade ne se plaint plus de ses membres. Elle marche bien et peut exécuter n'importe quel mouvement.

Voici quelques formes, quelques variétés cliniques qui ont été décrites. Une variété assez fréquente est cette astasie-abasie, à forme paralytique ou parétique.

Le malade ne peut absolument pas se tenir de bout. Etant couché il semble avoir conservé l'intégrité de sa force, de la coordination de ses mouvements. A peine a-t-il le pied à terre qu'il s'effondre en quelque sorte.

Les membres inférieurs veules et mous se dérobent sous le poids du corps et plient comme les membres d'un pantin.

Le malade n'essaie même pas de marcher, tout mouvement est impossible.

Nous ne voulons pas citer toutes les observations relatant ces symptômes, mais nous pouvons rappeler les quatre premières observations de M. Blocq, et notre observation n° 1, Font... Ast...

Dans d'autres formes le malade progresse, mais cela de bien des façons.

Le rythme de la marche normale peut être varié à l'infini.

L'un ne peut plus marcher qu'au pas militaire bien scandé ou bien, ce qui lui semble plus commode et plus rapide, qu'en grandes et longues enjambées.

La tête, le corps, les bras tendus en avant, il fait ainsi 5 ou 6 enjambées, s'arrête une seconde et repart.

Les malades, du reste, usent quelque fois pour progresser des stratagèmes les plus divers.

Ils marchent à genoux, sur les mains et les genoux ; en sautant comme des pies. D'autres assis sur une chaise font ce que tous nous avons fait souvent nous-même, quand assis, et ne voulant pas nous lever, nous voulons cependant changer de place.

Nous en voyons tituber comme des hommes ivres, ou bien avancer comme s'ils apprenaient à marcher. Il n'y a pas de perte de la force musculaire, il n'y a pas non plus incoordination du mouvement. Le malade ne sait plus marcher, il a appris cette manière de progresser, il ne s'en souvient plus. S'il a donné à ses membres inférieurs une éducation, si nous pouvons nous exprimer ainsi, touchant le patinage, l'escrime, la natation par exemple, il peut fort bien se souvenir de ces mouvements appris comme ceux de la marche. Témoin la petite malade dont Thyssen (1) nous rapporte l'observation qui astasique-abasique faisait cependant, avec ses membres inférieurs mouvoir avec rapidité le chariot dans lequel elle se tenait et qui de plus nageait parfaitement tandis qu'elle ne savait plus marcher.

Tel malade à peine debout a des secousses dans les jambes, comme s'il recevait à l'improviste un coup violent sur le jarret tendu, ces contorsions capitales entraînant des mouvements compensateurs du reste du corps. Tel autre fait normalement ses premiers pas : puis il éprouve une sorte de secousse. Le bassin se fléchit sur la cuisse, la cuisse sur la jambe, le talon se soulève et frappe le

1. Thyssen. *Sur l'astasia-abasia*. *Archives de Neurologie*, 1891, page 62, Obs. n. 2.

sol à diverses reprises. Le malade pour reprendre l'équilibre, s'appuie alors sur l'autre membre, dans lequel bientôt se passent les mêmes phénomènes.

Dans la forme saltatoire décrite par M. Brissaud (1), le malade semble esquisser un pas de scottisch. Il saute deux fois sur chaque pied. Ces sauts se succèdent très rapidement. Quatre par seconde jusqu'à ce que le malade épuisé tombe à terre, ou bien que soutenu par les assistants il soit porté à son lit. Nous n'avons guère trouvé d'observation où il soit fait mention de vertige. Toutefois Ladame (2) mentionne du vertige chez son malade qui fait le sujet de cette observation dans laquelle il crée la forme d'astisie-abasie par accès. Chaque accès est précédé et accompagné de vertiges. Il y a encore Thyssen (3) qui cite une observation d'une fillette de 12 ans et demi sortant d'une famille de névropathes, dans laquelle il est fait mention de vertiges. Cette enfant fut prise de vertiges, de vomissements, de douleurs de tête ; puis d'une hypéresthésie le long du rachis telle que l'on crut à une méningite cérébro-spinale. Un an après on remarqua des mouvements désordonnés dans les jambes quand l'enfant essayait de se mettre debout. Bientôt l'astisie-abasie était nettement confirmée.

Ces vertiges étaient probablement du vertige hystérique. Mais il faut regretter qu'il ne soit pas donné de plus longs détails à ce sujet.

1. Brissaud. *Archives générales de médecine*, octobre 1890.

2. Ladame. *Arch. de Neurologie*, XIX. p. 40. 1890.

3. Thyssen *Archives de Neurologie*. Tome 21 page 62.

Dans tous les cas, le vertige ne semble pas avoir coïncidé avec les troubles de la marche. L'auteur dit très nettement : un an après on remarqua des mouvements désordonnés dans les jambes, etc., etc., ce qui prouve que le vertige avait disparu à ce moment.

Il n'en est plus du tout de même chez la malade qui fait le sujet de notre observation n° 4.

Cette femme, Deg... Marie, âgée de 42 ans, exerçant la profession de cuisinière, ne présente pas au point de vue névropathique des antécédents héréditaires bien nets.

Cependant la violence de caractère du père, ses excès alcooliques, la mauvaise santé de la mère, peuvent déjà faire naître de fortes présomptions.

L'histoire de la malade elle-même donne des renseignements plus précis. Pendant toute sa jeunesse sa santé a été fort capricieuse. Déjà nous voyons notés des bourdonnements d'oreille assez fréquents, un mauvais état de l'estomac, du tube digestif, de l'anémie. Son état d'esprit semble dès ce moment assez caractéristique, la malade s'affectant du moindre reproche, riant aussi pour une futilité.

Les règles qui ne parurent que fort tard, à 18 ans, ne sont encore que peu abondantes et très irrégulières.

Enfin à 22 ans, la malade mise en présence d'une folle furieuse est prise quelque temps après de chorée qui dura quelques mois.

Des troubles du côté de la vue, amblyopie passagère, de l'ouïe, hyperexcitabilité de ce sens et bourdonnements apparaissent.

La malade avait des vertiges, il lui est arrivé de perdre connaissance et de tomber.

Toutefois il faut noter avec soin certains autres troubles qui pourraient bien n'être pas de même nature.

La malade dort peu. Elle a des rêves, des cauchemars, elle voit des chevaux, des lumières, des fantômes, de l'eau, des précipices dans lesquels elle tombe. Elle a des réveils en sursaut.

Fourmillements dans les jambes, crampes dans les mollets, mais pas de vomissements le matin, ni de pyrosis.

Que l'alcoolisme vienne chez cette cuisinière se surajouter à des troubles nerveux, il n'y a là rien d'extraordinaire, pas d'incompatibilité. Au contraire, alcoolisme et névropathie peuvent se prêter un mutuel appui. Aussi voyons-nous les troubles augmenter, son état de faiblesse et d'excitabilité s'accroître de jour en jour.

Ayant fait une chute, cette femme est admise à l'hôpital.

On constate des troubles de la marche, des vertiges, mais pas de bourdonnements d'oreille, une otite traumatique, avec fracture de la partie postéro-inférieure du conduit auditif. Parésie faciale droite.

L'audition s'améliore après l'ablation de caillots sanguins et d'esquilles.

Notre malade à ce moment est donc atteinte d'une façon bien nette de troubles de la marche. Elle titube comme un homme ivre et ne peut aller loin sans être soutenue. Elle a du vertige. Elle a de plus une parésie du côté droit, de la face et des membres; la langue est déviée du côté paralysé.

Ces troubles ont-ils pour origine une lésion organique plus ou moins complexe, produite par la chute ? ou doivent-ils être rapportés à une altération dynamique ?

Sauf cet état général que nous avons noté plus haut, nous ne trouvons rien de bien net comme stigmate de l'hystérie dans l'examen direct de la malade.

La sensibilité au tact et à la piqure semble un peu diminuée, mais elle est égale de chaque côté.

La sensibilité à la température est moins prononcée à droite qu'à gauche.

Le réflexe pharyngien est un peu exagéré.

Vision normale, un peu d'hypéresthésie rétinienne.

Goût. — Il arrive quelquefois à la malade de ne pas sentir le goût des aliments, cet état persiste quelques jours, puis disparaît.

Les réactions électriques sont partout normales.

C'est pendant cet examen que l'on fit marcher la malade et que l'on put constater ce fait si curieux, signalé par M. Weill, c'est-à-dire l'arrêt de l'astisie-abasie par la pression sur certaines régions. Mais qu'il nous soit permis de ne pas nous arrêter maintenant sur ce point, nous y reviendrons plus tard. M. Nageotte, interne du service, endort la malade, et dans cet état il lui suggère de marcher comme tout le monde.

A son réveil, le vertige a disparu, la marche est plus assurée.

L'amélioration, sensible dès cet instant, est plus accentuée le soir même : et le lendemain la marche est normale.

Après avoir provoqué une seconde fois le sommeil

hypnotique, la parésie faciale a considérablement diminué. Mais elle n'a pas disparu complètement. Il faut sans doute dans ce cas faire la part des deux facteurs, d'un côté l'hystérie, de l'autre la lésion organique elle-même. Toutefois l'amélioration est si sensible que la malade mange et parle facilement, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant.

Dix jours après cette séance d'hypnotisme, la malade étant rétablie au point de vue de la marche, on lui suggère de marcher comme à son entrée à l'hôpital. A son réveil elle titube et chancelle.

Après une autre suggestion la marche redevient régulière.

Le 15 mai. — L'interne lui suggère une paralysie de la main droite. La malade qui se servait auparavant très bien de cette main sent à son réveil une parésie assez prononcée de ce côté, elle a de la difficulté à serrer les objets.

Le lendemain dernière suggestion qui la débarrasse de cette parésie de la main droite.

Aujourd'hui encore, 2 juillet, la marche est normale, la guérison complète. Tous les troubles ont disparu.

Cette observation nous a semblé fort intéressante en ce qu'elle nous montre une forme d'astisie-abasie, avec vertige; les troubles de la station verticale et de la marche consécutifs au vertige sont, aussi bien que lui, de nature nettement hystérique, puisque tout a disparu par suggestion.

Nous avons donc affaire ici à une sorte de vertige de Ménière hystérique. La zone hystérogène, l'aura, porte

dans ce cas son action sur l'oreille, sur l'appareil labyrinthique et nous avons tous les symptômes du vertige de Ménière.

Les hyperesthésies, les zones hystérogènes ne peuvent exalter véritablement l'acuité d'un sens. Mais elles peuvent l'exagérer en la pervertissant et généralement sous une forme douloureuse.

Et les sens ne sont pas tous comparables entre eux eu égard à la manière dont ils répondent aux diverses incitations hystériques.

Lorsqu'une zone hystérogène ou hyperesthésique siège au niveau de la muqueuse linguale ou de la pituitaire, ce qui se produira au moment de sa mise en action n'ira pas le plus souvent au-delà de sensations gustatives ou olfactives excitées ou perversies.

Le trouble reste local et n'a pas ou rarement d'influence généralisatrice spécialisée. Mais il n'en est pas de même lorsqu'une zone hystérogène siège sur le tympan ou sur la muqueuse de l'oreille moyenne. C'est là un sens plus complexe. Une zone hystérogène du tympan pourra mettre en jeu tout le système auriculaire, tout l'appareil nerveux labyrinthique, qui comprend non seulement le nerf de l'audition, mais aussi le nerf de l'espace.

Et alors tout ou partie des symptômes de la maladie de Ménière pourra faire son apparition.

Nous avons eu dans notre observation des vertiges. On pourrait tout aussi bien rencontrer des vomissements, des bourdonnements, des sifflements dans les oreilles, etc. Des troubles cérébraux, tels qu'effroi, pleurs pourraient venir compléter la scène.

En résumé, que la lésion soit dynamique ou organique, les symptômes seront les mêmes.

Chez la femme qui fait le sujet de notre observation, la lésion organique consécutive à son traumatisme, lésion qui chez une autre personne, ne se serait sans doute manifestée que par des symptômes fort atténués, a été chez elle le point de départ d'une altération dynamique, dont nous avons décrit les symptômes.

Et comme le dit fort bien M. Gilles de la Tourette dans son remarquable *Traité de l'hystérie* : « la mise en œuvre
« des zones hystérogènes localisées à certaines régions
« peut créer un complexe symptomatique, qu'on
« est habitué à observer dans des circonstances bien
« différentes, névralgie faciale, lorsque l'aura siège sur
« le trijumeau, vertige de Ménière dans des conditions
« semblables à celles que nous avons mentionnées. Enfin
« migraine ophthalmique, lorsque l'œil est le siège d'un
« aura qui peut dominer le paroxysme tout entier (1).

Qu'un point hypéresthésique, qu'une zone hystérogène, une altération dynamique en un mot, siège sur un centre quelconque et nous aurons ces symptômes que nous observons, à la suite de lésions organiques. Ainsi pourrions-nous donner l'explication pathogénique de quelques-unes des formes de l'astisie-abasie. Ce syndrome est en effet le plus souvent lié à quelques manifestations de la grande névrose.

Mais avant de parler de l'étiologie de ce syndrome, qu'il nous soit permis de revenir sur ce point que nous

1. Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*.

n'avons fait que mentionner dans l'observation de Deg... Marie et sans y insister. Nous voulons parler de l'arrêt instantané, de l'astasia-abasia par la pression de certaines régions. Ce fait est pour la première fois mentionné par M. Ed. Weill (1) dans les *Archives de Neurologie* de Paris 1892.

La discussion de cet article nous ramènera du reste à parler de l'étiologie de l'astasia-abasia. Car on pourra en tirer une preuve de plus que ce syndrome n'est bien qu'une manifestation de l'hystérie. Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de commencer par citer l'observation de M. Weill, et de la faire suivre des considérations dont il l'a accompagnée.

Lamb..., 28 ans, lingère, célibataire, hôpital Saint-Pothin, salle Sainte-Marthe, I, entrée le 6 juin 1891.

Antécédents héréditaires. — Père mort aliéné dans un asile de Lausanne. Mère morte à quarante-sept ans d'une tuberculose pulmonaire, n'a jamais eu de crises de nerfs.

Un frère mort à un an de convulsions. Trois sœurs ayant une santé délicate, mais sans signes de nervosisme.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Réglée à 17 ans, irrégulièrement, avec leucorrhée intermittente. A été élevée dans un orphelinat, n'a subi ni privations ni fatigues. S'est bien portée jusqu'à l'âge de vingt et un ans, malgré des chagrins et des préoccupations continuels. A vingt et un ans elle contracte la variole et pendant la convalescence de celle-ci fut prise d'un hoquet convulsif, bigéminé, procédant par deux secousses

1. Weill, *Archives de Neurologie*, Paris, 1892, XXIII, page 88 à 92.

successives, accompagné d'une sensation de gêne au cou et à la partie supérieure du sternum. Ce hoquet revenait régulièrement toutes les cinq ou dix minutes. Il persista pendant 3 ans, sans s'accompagner d'aucune autre manifestation nerveuse. Cela résulte des notes que m'a obligeamment remises mon collègue M. Carrler, qui eut l'occasion de l'observer à cette époque. Certaines influences cependant le suspendaient momentanément, l'application d'un courant faradique, un pôle au cou, l'autre à la région épigastrique, la compression d'un des ovaires, qui présentait du reste de l'ovarie, et les injections de morphine. Au bout de trois ans le hoquet disparut, et de 24 à 27 ans Lamb... complètement guérie séjourna dans un autre orphelinat, où sa santé fut assez bonne.

Au mois d'avril 1891, elle prend une fièvre typhoïde et dans la convalescence de celle-ci on voit éclater trois catégories d'accidents : 1° des crises d'hystérie convulsive au nombre de trois en l'espace d'un mois, avec conservation de sa connaissance. Ce sont les seules qu'elle ait jamais présentées ; 2° des accès de hoquet bruyant analogue à celui qu'elle avait eu antérieurement, s'en distinguant cependant par ce fait que les accès au lieu de comprendre deux secousses, comprenaient de vingt à cent secousses et qu'au lieu de revenir régulièrement toutes les cinq ou six minutes ils ne se montraient que quatre ou cinq fois par jour. De plus le hoquet s'accompagnait de mouvements convulsifs synchrones, affectant le même rythme, des deux membres supérieurs ; 3° dans le même temps se sont montrés du côté des membres inférieurs des phénomènes d'incoordination motrice qui ne surgissaient qu'à l'occasion de la station debout et de la marche, et sous lesquels nous allons revenir.

Actuellement novembre 1891, Lamb... présente un teint pâle, une certaine maigreur. On ne constate rien d'anormal du côté du cœur, du poumon, du tube digestif ou de l'urine. On ne trouve ni

ovarie, ni zone hystérogène en aucun point du corps. Le réflexe pharyngien persiste ainsi que la sensibilité cornéenne. La vision des couleurs se fait parfaitement. Mais la vue a baissé depuis un mois au point que la malade ne peut plus faire de travaux à l'aiguille. Il existe des deux côtés un rétrécissement concentrique très notable du champ visuel.

La pression est douloureuse à l'épigastre et au niveau de la colonne lombaire sans déterminer de sensation à distance. Il existe une anesthésie au contact et à la douleur sur les deux pieds et sur les deux jambes s'élevant plus haut en avant qu'en arrière, de façon à dessiner une botte à l'écuyère. Les réflexes cutanés sont normaux. Les réflexes du genou et du coude sont très exagérés, de même l'abaissement brusque de la rotule détermine une trépidation du triceps. Mais il n'y a pas de trépidation plantaire. La percussion des tendons des fléchisseurs de la jambe et des extenseurs des doigts n'est pas suivie d'effet.

Au lit Lamb. présente l'intégrité complète des mouvements de ses membres inférieurs. Elle résiste aux mouvements communiqués et accomplit les mouvements commandés. Lorsqu'on soulève au-dessus du lit le membre inférieur droit il se produit une légère raideur des muscles postérieurs de la cuisse, raideur qui disparaît si on insiste. La notion de position des membres est conservée.

Si on la fait tenir debout Lamb... présente immédiatement un grand désordre musculaire. Les cuisses fléchissent brusquement sur les jambes (mouvement d'accroupissement), les orteils s'étendent, quittent le sol, et le corps ne repose plus que sur les talons. Très rapidement il y a un mouvement brusque de redressement du corps qui se jette en arrière et la malade tomberait avec force si on ne la maintenait. Ces phénomènes, si Lamb... est maintenue sous les deux bras, se répètent sans s'arrêter avec une rapidité singulière, jusqu'à ce qu'elle demande grâce et qu'on la recouche.

La marche est absolument impossible, soit la marche à quatre pattes, soit le saut, soit la marche à cloche-pied. L'occlusion des yeux ne modifie pas ces phénomènes.

Jusqu'ici le syndrome présenté par Lamb... est analogue à ce que M. Charcot a décrit sous le nom d'astasia choréique, et ne présente rien de particulier, si ce n'est son intensité même et aussi son apparition constante dans tous les modes de locomotion. Mais ce qui fait son intérêt c'est qu'on peut par certains artifices permettre à Lamb. de se tenir debout et même de marcher. Pour cela il suffit de presser sur les épaules la partie postérieure du tronc et les régions fessières. Dans ces conditions les secousses convulsives des muscles s'arrêtent, la station et la locomotion s'effectuent avec leurs caractères habituels. L'effet est instantané et dure autant que la pression des zones mentionnées. Mais qu'on suspende la pression instantanément le trouble de l'équilibre reparaît.

Remarquons qu'en aucun des points d'inhibition on ne trouve de zones hystérogènes.

Les symptômes que nous venons de décrire ne se sont pas toujours montrés avec ce développement. Au début de son séjour Lamb... faisait quelques pas en chancelant, en oscillant, mais gardait néanmoins son équilibre. Quand elle avait fait cinq ou six pas elle pliait sur ses genoux puis se redressait et recommençait à marcher. Ce n'est que depuis un mois et à la suite d'un embarras gastrique fébrile que le trouble s'est accentué et est arrivé à son apogée.

Depuis qu'elle est dans le service Lamb... est sujette aussi à ses accès de hoquet accompagnés de mouvements rythmiques des membres supérieurs, qui tantôt s'écartent et se rapprochent du tronc, rappelant un battement d'ailes, tantôt oscillant d'avant en arrière comme pour prendre un élan. La malade use de la morphine quotidiennement à la dose de 1 centigramme par jour et espace ainsi ses accès qui autrement seraient à peu près continus.

Nous l'avons privée de morphine à plusieurs reprises et le hoquet a persisté 18 heures de suite par accès espacés de cinq minutes. La température rectale ne s'était pas élevée dans ces conditions.

Je dois signaler que l'embarras gastrique fébrile qu'elle présentait au mois de septembre suspendit son hoquet mais n'exerça aucune influence sur l'astasia. De plus la pression des zones postérieures du tronc qui supprime les troubles musculaires relatifs à la station debout n'exerce aucune influence sur le hoquet.

Ce phénomène si singulier de la restitution de l'harmonie musculaire par la simple compression des épaules ou du tronc conduisait à supposer qu'il s'agissait là d'une sorte d'arrêt exercé sur la moelle en état d'hyperexcitabilité. On pouvait penser que si des spasmes musculaires étaient provoqués par la station debout, c'est qu'une excitation très vive s'en suivait, dont le point de départ pouvait être rapporté à la région plantaire ou aux tendons des muscles. Or, les piqûres, les pincements, les pressions sur la plante, n'ont aucun effet. La malade étant assise on peut vigoureusement appuyer sur le genou sans rien déterminer. D'autre part, si on pince le tendon rotulien et tous les tendons accessibles ou qu'on agisse plus physiologiquement encore sur eux, par une électrisation intense des muscles qui s'y reliaient, on ne constate toujours que des phénomènes négatifs.

C'est donc véritablement d'astasia qu'il s'agit dans notre cas, c'est le centre automatique spinal de la marche qui est seul en jeu. Certaines cellules de ce centre présentent une activité exagérée par rapport aux autres et la pression du tronc arrête cet excès d'activité.

Y aurait-il des relations physiologiques entre le centre automatique de la marche et les régions cutanées que nous avons vu être des zones d'inhibition pour les mouvements convulsifs astasiques, la question ne peut qu'être posée. »

Telle est l'observation citée par M. Weill, telles sont les considérations dont il l'a fait suivre.

Nous avons deux observations dont les sujets ont été pris dans le service de M. le Dr Raymond.

Dans l'observation de Deg... Marie, dont nous avons déjà parlé à propos du vertige, nous voyons que le trouble moteur n'est pas disparu complètement lorsque l'on a exercé une pression sur les épaules de la malade. Cependant une amélioration notable se manifeste aussitôt, la marche est plus régulière, la chute n'est plus imminente.

Ce n'est que plus tard, après avoir été endormie du sommeil hypnotique, que la malade a recouvré l'usage intégral de ses membres inférieurs.

Dans notre seconde observation que nous avons donnée en détail il s'agit d'une jeune enfant de 14 ans, nettement hystérique. L'examen oculaire seul suffit à le prouver.

Cette enfant présente bien, étant couchée, des troubles du côté des membres inférieurs. Mais ils ne sont pas suffisants pour expliquer tous les tremblements, tous les troubles qui surviennent lors de la station verticale et surtout lorsque la malade essaie de faire quelques pas. De plus la progression est possible à l'aide de certains artifices.

Dans ce cas l'amélioration, lorsque l'on exerça une pression sur les épaules de la malade fut beaucoup plus marquée que sur l'autre sujet. La pression s'exerçant la malade ne sautille plus; une légère hésitation dans la marche et c'est tout; en un mot la marche est à peu près normale.

Il est assurément curieux de voir cette malade, qui même étant couchée, présente des troubles de la motilité dans les membres inférieurs qui devraient déjà faire prévoir une certaine gêne pour la station verticale et pour la marche, se tenir debout, ne plus sautiller, et marcher presque sans hésitation dès qu'on exerce une pression sur ses épaules.

M. Weill admet qu'il y a, dans le cas qu'il rapporte une lésion du centre automatique spinal de la marche, et suppose qu'il y a des relations physiologiques entre le centre automatique de la marche et les régions cutanées que l'on a vu être des zones d'inhibition. C'est possible, mais comme il le dit lui-même la question ne peut qu'être posée.

Nous voudrions ajouter une remarque.

La lésion peut siéger sur le centre automatique spinal, mais il pourrait siéger aussi sur le centre cortical.

Dans l'un et l'autre cas, comme nous le montrerons dans la pathogénie, les symptômes seront ou pourront être les mêmes.

Puis sans qu'il y ait des relations quelconques entre ces régions cutanées et ces centres, la pression exercée peut fort bien agir par suggestion sur ces malades.

N'oublions pas que nous avons affaire à des hystériques.

Dans l'une de nos observations nous voyons le trouble moteur disparaître par la suggestion, dans l'autre la guérison est survenue un jour brusquement sans que l'on sache trop pourquoi.

Souvent les troubles de l'astisie-abasie surviennent

par phénomène d'auto-suggestion. Ceci a été prouvé déjà, et nous ne nous appesantirons point là-dessus

Le malade s'est persuadé d'une façon ou d'une autre, qu'il ne sait plus marcher ou qu'il ne peut plus marcher. Au moment où vous exercez une pression énergique sur ses épaules, vous attirez d'abord son esprit vers une idée qu'il n'était pas habitué à évoquer, vous l'occupez, puis à ce moment ses muscles sont sollicités à des mouvements ; mouvements sur lesquels lui malade n'a pas encore d'idées préconçues ; il réagit, il fait un effort musculaire, il le sent cet effort, il s'en rend compte, et voit qu'il peut faire mouvoir ses membres inférieurs. Inconsciemment l'idée lui vient qu'il peut marcher et il marche.

Assurément cette explication ne s'applique pas à tous les cas. Mais nous croyons qu'elle doit être vraie, toutes les fois que les troubles sont survenus à la suite d'une auto-suggestion, c'est par une autre suggestion que le trouble disparaît.

La pression, cause de la suggestion cessant, le trouble reparaît immédiatement.

On ne peut donc employer ce moyen à proprement parler comme mode de traitement.

Quoi qu'il en soit, que cette pression agisse d'une façon ou d'une autre sur le centre lésé, elle ne peut et ne doit agir que si la lésion est dynamique. Ce ne peut être que dans une lésion dynamique que les symptômes disparaissent ainsi brusquement. Dans une lésion organique, vous ne feriez qu'exagérer les symptômes, et notre malade s'effondrerait s'il y avait de la flaccidité. Les tremble-

ments s'exagèreraient encore s'il y avait irritation de la moelle.

En effet, vous ne soutenez pas le malade, au contraire vous exagérez l'effort musculaire. On comprend que l'on fasse tenir debout un bâton en appuyant seulement sur l'extrémité libre, tandis que l'autre repose à terre. Mais on ne peut comparer les membres inférieurs à une tige rigide. Puisque c'est en exagérant l'effort musculaire que vous agissez, il est donc bien probable que c'est par un phénomène de suggestion que la marche devient possible. D'autant plus que cette pression peut avoir une action utile bien qu'exercée en des régions diverses, sur les épaules, sur les hanches, les reins. On a dit avoir vu l'inhibition des troubles moteurs provoquée par la pression exercée, par les doigts de chaque côté des dernières vertèbres cervicales.

Mais nous n'insistons pas sur ce fait, ne pouvant apporter d'observation à l'appui.

N'oublions pas, du reste, que nous avons affaire à des hystériques.

ETIOLOGIE

En effet, dans presque toutes les observations sont signalés des stigmates permanents de l'hystérie sur le malade lui-même.

En outre, l'hérédité nerveuse est le plus souvent aussi des plus nette.

Hérédité similaire ; mère hystérique, fille hystérique ; ou par transformation ; le ou les générateurs ou leurs ascendants étant atteints d'une affection nerveuse autre que l'hystérie elle-même.

Ce n'est pas à dire pour cela que ce syndrome ne puisse être produit par une lésion organique. M. Charcot le faisait remarquer dans une de ses leçons du mardi à la Salpêtrière.

Mais il avait soin de faire remarquer aussitôt combien il fallait que cette lésion organique soit bien limitée, à contours bien nets et bien précis, pour produire ces symptômes d'astisie-abasie, et ceux-là seuls.

Dans l'hystérie, au contraire, nous voyons, et ceci est un fait d'observation clinique, des lésions disséquer en quelque sorte des cordons nerveux. Toucher un centre, s'y cantonner et respecter, des cellules nerveuses qui sont avec celles touchées, en contact immédiat. Ces lésions dynamiques sont capables de produire des com-

plexus symptomatiques les plus variés. Ils peuvent fort bien produire cet ensemble de symptômes qui constitue l'astisie-abasie.

Du reste, presque tous les auteurs reconnaissent à ce syndrome cette origine.

De ceci, une conclusion à tirer est que l'on devra rencontrer l'astisie-abasie dans le sexe, à l'âge où l'hystérie se rencontre le plus souvent. Il en est réellement ainsi.

Quoi que l'on ait dit autrefois, il est bien prouvé aujourd'hui que l'hystérie est presque aussi fréquente chez l'homme que chez la femme.

L'un et l'autre sexe sont frappés. Il en est de même pour l'astisie-abasie.

L'hystérie se manifeste ordinairement dans le jeune âge, quelquefois à l'âge adulte, plus rarement dans la vieillesse.

C'est bien aussi à ces mêmes époques de la vie, avec le même degré de fréquence que se rencontre l'astisie-abasie. L'hystérie, qui apparaît chez un vieillard ou du moins chez une personne âgée, se manifeste d'ordinaire par des symptômes d'une ténacité plus grande que ceux que l'on observe chez l'enfant et même chez l'adulte. De même aussi dans toutes les observations d'astisie-abasie chez des personnes âgées, nous voyons que ces phénomènes sont d'ordinaire d'une ténacité extrême.

En un mot, par le terrain sur lequel se développe ordinairement ce syndrome, par sa forme, par sa marche, par son mode de traitement, et son mode de guérison, nous pouvons dire, qu'il a pris sa naissance dans la

grande famille de névropathies, que c'est une des manifestations de l'hystérie.

L'astisie-abasie débute en général à la suite d'une émotion plus ou moins vive, une frayeur, une simple appréhension. Quelquefois la cause immédiate semble être un traumatisme. Traumatisme qui peut être des plus légers, si bien que l'on peut se demander si dans un cas semblable c'est le traumatisme lui-même ou l'émotion qui ont été cause de la production des symptômes.

On a vu l'astisie-abasie débiter à la suite de la fièvre typhoïde, de l'influenza, de couches laborieuses, et d'autres fois aussi il est impossible de trouver la moindre cause productrice.

Mais il paraît vraisemblable qu'il ne s'agit là que de causes occasionnelles, la chute, l'émotion, etc., n'ont rien créé. C'est la cause de l'apparition des symptômes ; et ces causes occasionnelles n'acquièrent leur toute puissance que parce qu'il s'agit de sujets prédisposés. Du reste, la concomitance des stigmates hystériques en fait foi.

L'astisie-abasie peut apparaître immédiatement après l'émotion, le traumatisme, ou n'apparaître que quelques temps après. Dans ce dernier cas le malade traverse une phase de réflexion.

Il songe à ce qui lui est arrivé, il couve en quelque sorte sa maladie. C'est cette période que l'on retrouve précédant un grand nombre des manifestations de l'hystérie.

Que ce syndrome qui nous occupe ait débuté immédiatement à la suite d'une cause occasionnelle ou après

un temps plus ou moins long, les symptômes peuvent être plus ou moins accusés dès le commencement.

Parfois, le début est insidieux, la marche, la station verticale sont à peine troublés, puis peu à peu les troubles s'accusent, et après un temps variable le syndrome est nettement constitué. D'autres fois, au contraire, brusquement et tous ensemble, les phénomènes apparaissent et atteignent leur maximum d'intensité.

De ces troubles, M. P. Blocq a donné une théorie fort séduisante, théorie que nous nous permettrons de rappeler ici (1).

D'abord rappelons que la marche, comme le saut, la natation, la danse, etc., est un exercice appris. C'est à la suite d'une éducation plus ou moins longue que l'enfant sait marcher, et s'il ne marche pas dès sa naissance c'est à cause du développement incomplet de ses centres nerveux. « Si l'enfant, dit Vulpian, possédait un degré de développement égal à celui du cochon d'Inde, il marcherait dès le premier jour. » Lorsque nous faisons pour la première fois des mouvements compliqués notre cerveau est le siège d'une grande activité. Rien ne se fait sans le secours des cellules du plan supérieur, c'est-à-dire, des circonvolutions auxquelles viennent en aide les organes des sens, afin de débrouiller l'enchevêtrement d'ordres et de contre-ordres à envoyer aux fibres musculaires. Le travail s'accomplit sous une direction compétente et éclairée; mais à force de répéter le même travail les communications deviennent plus étendues et les voies

1. P. Blocq. *Astasie-abasie. Archives de Neurologie, Tome XV.*

plus aisées. A la longue le travail finit par être exécuté par le plan inférieur et sans le secours de la volonté. On comprend en effet que plus une action est fréquente plus aussi le mécanisme qui sert à l'accomplir tend à s'organiser (1).

Dans le phénomène de la marche il en est en effet ainsi. Ce n'est qu'après un grand nombre d'efforts volontaires, d'abord maladroits, puis peu à peu se coordonnant que l'enfant commence à marcher, puis lorsque l'ensemble des mouvements a été associé leur exécution simultanée devient de plus en plus facile et bientôt la marche n'est en quelque sorte qu'automatique, inconsciente. La volonté n'apparaît qu'au commencement, puis la fin de l'acte appris s'achève sans le secours du centre nerveux cortical, tout semble se passer désormais dans les centres spinaux.

Le centre des mouvements coordonnés de la marche réside bien en effet chez certains animaux, dans la moelle. Les expériences suivantes en font foi.

Le canard auquel on coupe le cou continue à battre des ailes et à remuer les pattes, de même les autruches auxquelles Commode faisait dans le cirque couper la tête d'un coup de faux continuaient encore à courir. La grenouille décapitée peut encore nager si on la touche. Mais si on fait chauffer l'eau elle se laisse rôtir sans réagir. Ce n'était donc tout à l'heure qu'un phénomène réflexe, et l'excitation ne pouvait produire aucun phénomène conscient.

1. Mosso. *La peur*.

De même Tiegel tranche la tête d'un serpent d'un seul coup, puis le touche avec une baguette de fer rouge, le serpent tout en se brûlant grimpe autour de la baguette en rampant. Il s'agit bien là évidemment de mouvements dont le mécanisme est dans la moelle épinière, mouvements automatiques et non raisonnés.

Ce qui donne l'impulsion à ces phénomènes spinaux est le stimulus parti des centres corticaux. Ainsi on peut comprendre qu'une impulsion unique de la volonté suffit pour provoquer une longue série de mouvements périodiques qui se succèdent jusqu'à ce qu'une impulsion nouvelle de la volonté les arrête.

Si la volonté est intervenue d'abord au commencement de chaque acte, il ne peut plus en être ainsi par la suite. En effet, la moindre suite de mouvements deviendrait promptement une fatigue extrême, par la multitude d'impulsions qu'elle demanderait au cerveau. C'est donc dans les centres spinaux que s'est organisé à la suite d'efforts volontaires un appareil de cellules reliées entre elles, qui fonctionne de lui-même suivant de certaines règles, lorsqu'il est mis en jeu par une influence venue de l'écorce.

M. Charcot rend ce mécanisme saisissant à l'aide d'une image.

Il compare les divers centres médullaires relatifs à la marche, à ces rouleaux de cuivre des boîtes à musique, hérissés de petites pointes dont la disposition variable correspond à des airs différents.

Dans le groupe central cortical serait le ressort qu'il suffit de déplacer pour mettre l'appareil en action. La comparaison paraît d'autant plus instructive en la cir-

constance que le même ressort a, dans l'orgue, la double fonction de suspendre le mouvement et de changer l'air.

C'est ainsi que, dans le cas de la marche, les centres spinaux une fois activés par le centre cortical, continuent à agir automatiquement jusqu'à ce que survienne l'ordre d'arrêt : et l'on conçoit qu'au lieu de commander, soit la station, soit la marche, le groupe cérébral puisse mettre en jeu les groupes cellulaires spinaux où réside le mécanisme de la course ou du saut, etc.

Ceci étant admis, M. Blocq pense que le trouble fonctionnel qui détermine l'abasia peut être considéré comme le résultat d'une influence d'arrêt portant son action, soit sur le centre cortical de l'impulsion à la marche ou à la station, soit sur le centre spinal d'exécution de la marche ou de la station. Dans le premier cas l'impulsion initiale n'est pas donnée, dans le second cas l'ordre donné n'est pas exécuté ou est mal interprété ; d'où nous aurons la suppression totale de la station ou de la marche, ou bien la désharmonie, l'incoordination plus ou moins prononcée des mouvements. Dès lors que la station verticale, la marche, dépendent d'un système organique absolument différencié, autonome en quelque sorte, on comprend que ces fonctions seules peuvent être affectées, tandis que tous les autres mouvements des membres inférieurs sont absolument indemnes.

Ce système cortical et spinal peut être troublé, soit par une lésion organique, soit, et c'est ce qui arrive le plus souvent, par une altération dynamique sans lésion matérielle appréciable, mais dans ce cas elle est accompagnée des stigmates hystériques vulgaires. Mais, que la lésion

soit dynamique ou organique, ce sont les mêmes centres, les mêmes organes qui sont touchés, et l'affection devra se présenter avec le même ensemble symptomatique.

Si nous nous souvenons que l'acte de la marche est un acte appris on pourra comprendre que cet acte a pu être oublié. Le centre cortical ne sait plus donner les ordres ou les centres spinaux ne savent plus obéir. L'astasié-abasie ne serait dans ce cas qu'un oubli, une amnésie. C'est l'explication de MM. Sollier et Séglas.

C'est vrai dans certains cas et cette amnésie partielle spinale existe, mais l'astasié-abasie peut aussi avoir une autre cause, une influence d'arrêt, une inhibition, selon l'expression consacrée.

Une émotion très vive, la peur d'un grand danger, par exemple, peut provoquer chez un individu l'abolition complète de la marche. Alors qu'il faudrait fuir, le malheureux reste cloué sur place. Ce phénomène n'a qu'une durée fort limitée d'ordinaire chez un sujet normal. Mais que ceci arrive à un névropathe, à un prédisposé, ce trouble momentané se transformera en un trouble durable, trouble qui pourra disparaître aussi facilement qu'il est apparu ou bien qui pourra persister avec la plus désagréable ténacité. Il n'est pas nécessaire que les symptômes se manifestent immédiatement après la cause occasionnelle, nous avons vu que le malade avant de présenter les symptômes au complet peut traverser la phase de réflexion.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de ce syndrome doit être fait avec :

Le tabès. — Mais la perte du sens musculaire, l'abolition des réflexes, les troubles oculaires, les douleurs fulgurantes, enfin la marche de la maladie et les antécédents du malade, forment un ensemble qui doit empêcher toute confusion entre cette maladie organique et le syndrome qui nous occupe.

Dans la maladie de Friedreich, il y a l'embarras de la parole et le nystagmus qui n'existent pas dans l'astasié-abasie.

L'ataxie hystérique due à la perte de la sensibilité se distingue en ce qu'elle ne se manifeste que pendant l'occlusion des yeux.

Nous ne ferons pas de diagnostic différentiel entre la paraplégie et la contracture hystérique. La chorée, la sclérose en plaque, la paralysie agitante, le vertige de Ménière et l'astasié-abasie. Il nous semble que chacune de ces maladies s'accompagne d'un ensemble de symptômes, suit une marche tellement différente de l'astasié-abasie, que la confusion est impossible.

MARCHE. — DURÉE. — PRONOSTIC

Il est rare de voir ce syndrome aller en s'aggravant, les symptômes suivent plutôt une marche décroissante.

Mais la durée est des plus variables. Deux mois, six mois, un an quelquefois.

La guérison est le terme habituel. Il est rare, très rare que l'état des malades reste stationnaire.

Mais si la guérison est la règle, les rechutes sont fréquentes. A la suite d'une émotion nouvelle, d'un traumatisme, les symptômes qui avaient disparu reparaissent. Le pronostic doit donc être fort réservé bien qu'il soit bénin quant à la vie.

TRAITEMENT

Tous les traitements peuvent réussir comme aussi tous peuvent échouer.

Nous ne rappellerons pas tous ceux qui ont été essayés. Mais en un mot tout ce qui peut agir contre l'hystérie peut avoir une action utile contre l'astisie-abasie.

MM. Pitres, Séglas, ont employé l'isolement, l'hydrothérapie et aussi un traitement général tonique, avec surtout le corps des frictions excitantes et ont obtenu de bons résultats. Nous les voyons au contraire échouer dans d'autres circonstances après avoir employé le même traitement et même encore des pointes de feu, de l'électrisation, des sédatifs nerveux.

MM. Séglas et Sollier ont eu recours à un traitement psychologique. Ils s'efforçaient de réveiller chez leur malade les images mnémoniques anciennes, d'en fixer de nouvelles, ou encore d'augmenter l'intensité de celles encore existantes.

M. Babinski par le transfert et l'hypnotisme a eu des cas de guérison.

Nous citons nous-même une observation de guérison bien nettement obtenue à l'aide du sommeil hypnotique.

Enfin à l'intérieur, des bromures, les valériانات de zinc et de quinine ont aussi été donnés.

En résumé nous voyons que tous ces modes se ramènent au traitement de M. Charcot contre l'hystérie.

Traitement psychique, d'abord et surtout dans les formes graves par l'isolement.

Il s'agit de soustraire le malade au milieu dans lequel il vit : par là vous supprimez tout ce qui peut en quelque sorte cultiver l'hystérie.

Ce névropathe, fils de névropathe pour la plupart du temps devient le point de mire de préoccupations excessives de tous les membres de sa famille. Lui-même fatigue son entourage d'incessants caprices le terrifie même par des symptômes parfois réellement effrayants.

Les angoisses de ceux qui approchent le malade, toujours et à tout moment, se reflètent dans leurs questions, dans leur attitude, dans leur manière d'être.

Ainsi l'attention du sujet est ramenée ou maintenue, dans le même cercle des accidents morbides actuels ou possibles. Il agit sur son entourage, son entourage agit sur lui, c'est vraiment un cercle vicieux.

De plus par l'isolement on peut corriger en partie la déviation pathologique qui caractérise l'état mental.

Par cette mesure on restreindra la dispersion de l'attention, la distraction, cause principale comme l'a montré M. Pierre Janet des principaux troubles de la sensibilité qui sont eux-mêmes liés intimement aux amnésies, formant ainsi pour la plus grande part le fond hystérique. Nous nous rendons bien compte que nous-même nous fortifions notre attention en nous soustrayant aux impressions antérieures, soit en nous isolant. Alors on pourra

agir comme MM. Sollier et Ségas réveiller les images de la marche, en créer de nouvelles, etc.

Mais si l'astasia-abasie prenait sa source dans une auto-suggestion morbide, si le champ restreint de la conscience n'était occupé que de l'idée seule de la manifestation pathologique, l'isolement aurait encore dans ce cas une action salutaire, en faisant naître l'idée de guérison, qu'entraîne par une association intime l'espoir de la sortie, à laquelle aspirent naturellement tous les sujets isolés.

L'hypnotisme peut rendre de réels services. « Mais « rappelons-nous que la perversion mentale à laquelle « répond l'hystérie consiste en un vice fondamental de « l'association des idées qui engendre lui-même un trouble de la personnalité consciente, caractérisé par une « diminution de cette personnalité, un rétrécissement du « champ de la conscience qui se manifeste entre « autres par de la suggestibilité, soit par une tendance à « exécuter sans contrôle les idées suscitées par l'esprit » (Pitres, *passim*). Par conséquent tout ce qui doit exaspérer cette suggestibilité, devrait être écarté. Cependant, comme on peut user de cette suggestibilité même, dans un but thérapeutique, il reste simplement à se demander si les inconvénients qui peuvent résulter pour le malade, de cette excitation par l'exercice, de sa disposition d'esprit morbide, de sa suggestibilité, sont plus grands ou moindres que les avantages que l'on pourra retirer de la pratique hypnotique.

Et l'on n'est jamais sûr d'abord de faire disparaître tous les troubles, et ensuite quand bien même l'on a obtenu

nu une guérison momentanée l'on n'est pas sûr de n'avoir pas aplani le chemin pour des rechutes futures. Par conséquent, on ne doit avoir recours au sommeil hypnotique que dans certaines circonstances que saura reconnaître le médecin. Bien entendu, il faudra toujours s'entourer de toutes les précautions que l'on doit prendre avant d'endormir un malade.

La suggestion indirecte pourra avoir elle aussi une grande influence.

Le transfert, nous l'avons déjà dit, a donné de beaux résultats à M. Babinski. On devra contre l'astésie-abasie employer ce mode de traitement de l'hystérie.

Nous ne nous appesantirons pas sur l'emploi de l'hydrothérapie, de l'électrothérapie, le massage, modes de traitement externe.

Nous avons déjà vu que par ces moyens l'on a obtenu quelques guérisons, mais il faut ne pas oublier que l'on peut par ces pratiques facilement amener ou augmenter des contractures hystériques.

Le traitement interne a peu d'effet contre l'astésie-abasie elle-même. Cependant il faudra toujours et très rigoureusement traiter l'état général.

CONCLUSIONS

I. — Le syndrome astasie-abasie est produit par toute lésion, soit organique, soit dynamique, portant sur les centres de la marche ou de la station.

II. — La lésion organique est un fait possible mais dont il n'est pas de cas absolument certain cité dans la science. La lésion dynamique est la lésion habituelle.

III. — Suivant le siège de cette lésion, suivant son étendue on a les diverses formes, les diverses variétés cliniques d'astasie-abasie.

IV. — Ces troubles de la station debout et de la marche peuvent être instantanément arrêtés par la pression sur certaines régions.

V. — Cette pression ne peut être un moyen de traitement car le trouble reparaît dès que la pression cesse.

VI. — Ce syndrome, ne menace pas la vie, il guérit d'ordinaire, mais il y a des rechutes fréquentes.

VII. — Tous les traitements recommandés dans les diverses manifestations de l'hystérie peuvent être employés selon les circonstances, tous peuvent réussir comme tous peuvent échouer.

Vu par le Président de la thèse,
DEBOVE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Jaccoud.** — Paraplégie et ataxie du mouvement. Paris, 1864, p. 653 et suivantes.
- Le Breton.** — Paralyse hystérique. Thèse Paris, 1868.
- Charcot et Richer.** — Sur une forme spéciale d'impuissance motrice des membres inférieurs par défaut de coordination relative à la station et à la marche. Paris, 1883.
- Charcot.** — Leçons du mardi à la Salpêtrière.
- Charcot.** — Lezioni cliniche d'ell' anno scolastico, 1883, 1884. Salle maladie del systemo nervoso edatte del dottore domenico Milliotti, 1885.
- Weir-Mitchell.** — Lectures of diseases of the nervous system especzall in Women, p. 39. Philadelphia 1885.
- Erlenmeyer.** — Uber statische reflexkrampfe, Leipsick, 1886.
- Hénoch.** — Hystérie des enfants.
- Romei.** — Paraplegia infantile nel solo atto della ambulazione. Gazzetta degli ospitali, n. 76, p. 605.
- Paul Blocq.** — Archives de Neurologie, 1888, t. XV.
- Souza Leite.** — Progrès médical, XVI, 1889.
- Paul Berbez.** — Gazette hebdomadaire, 30 novembre 1888.
- J. Grasset.** — Montpellier médical, mars 1889. Leçons cliniques, 1891.
- Berther.** — Un cas d'astisie-abasie. Lyon médical, 1889.
- Salemi Pace.** — Amnesia parziale. Gazet. Secula, anno IX, p. 132.
- Brunon.** — Poitou médical, 1889.
- Helier.** — Société médicale de Leipsick.

- Ladame.** — Archives de neurologie, XIX, 1890, p. 40.
- Binswanger.** — Berlin. Klin. Woch., n. 20 et 21.
- Mobius.** — Ueber astasie-abasie, 1889.
- Thyssen.** — Congrès de Berlin, 1890.
- Féré.** — Les épilepsies et les épileptiques. Paris, 1890.
- Sollier et Séglas.** — Congrès de Berlin.
- J. Séglas.** — Astasie-abasie émotive. Médecine moderne, 8 janv 1891.
- Pitres.** — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 21 sept. 1890.
- Brissaud.** — Du spasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie. Archives générales de médecine, oct. 1890.
- Thyssen.** — Archives de neurologie, 1891.
- Hammond.** — Medical record New-York, 1891.
- Bonamaison.** — Archives de neurologie, 1891.
- Georges Cahen.** — Thèse de Paris, 1890.
- Ed. Weil.** — Archives de neurologie. Paris, 1892, p. 88 à 92.
- Gilles de la Tourette.** — Traité de l'hystérie.

